

3. Терещенко С.Н. Хроническая сердечная недостаточность: новые вызовы и новые перспективы./ Терещенко С.Н., Жиров И.В. //Терапевтический архив (архив до 2018 г.). - 2017;89(9):4-9.

4. Федорова Т.А. Клинико-лабораторные аспекты хронической сердечной недостаточности у больных метаболическим синдромом/ Федорова Т.А., Иванова Е.А., Семененко Н.А // Эффективная фармакотерапия. - 2019. - Т. 15. - № 20. - С. 10–16.

5. Kelder J.C. Hoes A.W. Clinical utility of three B-type natriuretic peptide assays for the initial diagnostic assessment of new slowonset heart failure.//JCardFail.- 2011. - 17:729–734

УДК 616.72-002.77

**Исмаилова М.С., Суханова В.О., Куприянова И.Н.  
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО  
АРТРИТА: ОБЗОР И КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии,  
аллергологии и иммунологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Ismailova M.S., Sukhanova V.O, Kupriyanova I.N.  
OPHTHALMIC MANIFESTATIONS OF RHEUMATOID ARTHRITIS:  
REVIEW AND CLINICAL CASE.**

Department of Faculty Therapy, Endocrinology, Allergology and Immunology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [suhanovavika13@yandex.ru](mailto:suhanovavika13@yandex.ru)

**Аннотация.** В статье представлен литературный обзор офтальмологических проявлений при ревматоидном артрите. Приведен клинический случай вторичного синдрома Шегрена у больной с ревматоидным артритом, развившийся после отмены базисной терапии метотрексатом.

**Annotation.** The article presents a literature review of ophthalmic manifestations in rheumatoid arthritis. A clinical case of secondary Sjögren's syndrome in a patient with rheumatoid arthritis who developed after the abolition of basic methotrexate therapy was presented.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, ревматоидные узелки, синдром Шегрена.

**Key words:** rheumatoid arthritis, rheumatoid nodules, Sjogren's syndrome.

## **Введение**

В практической деятельности врача встречаются заболевания, характеризующиеся полиорганными поражениями. Аутоиммунные системные воспалительные заболевания, например, ревматоидный артрит (РА), помимо суставных изменений может протекать с разнообразными висцеральными проявлениями. Поражения глаз (склерит, эписклерит, васкулит сетчатки, увеит) встречается в 20% случаев и тесно связаны со степенью активности патологического процесса, темпами прогрессирования артрита, частотой поражения суставов [6]. Заслуживает внимания вторичный синдром Шегрена (СШ), который в 80-90% встречается при РА в виде поражения слезных желез с развитием синдрома "сухого глаза" (ССГ) или сухого кератоконъюнктивита, слюнных желез по типу паренхиматозного паротита [2]. ССГ без должного лечения приводит к развитию различных осложнений и существенно ухудшает и без того плохое качество жизни больных [3,4]. Основное место в лечении РА занимает медикаментозная терапия: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), глюкокортикоиды (ГКС), метотрексат, генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) и др. При наличии высокой активности РА с синдромом Шегрена, ГИБТ оказывает субъективное снижение симптомов «сухости» глаза, что связано с улучшением базальной секреции и противовоспалительным действием на ткани глазного яблока патогенетически направленной терапии ГИБП [4].

**Цель исследования** - демонстрация клинического случая вторичного синдрома Шегрена у больной с ревматоидным артритом, развившийся после отмены базисной терапии метотрексатом.

## **Материалы и методы исследования**

Проводилась курация больной Г. 52 лет в сентябре 2019 г с динамическим наблюдением в течение 6 месяцев. Изучены и проанализированы данные обследований за период с 2006 по март 2020 гг. (карта амбулаторного больного, выписные эпикризы из городского ревматологического центра МУ ГKB № 40). Изучена и проанализирована научная литература, посвященная офтальмологическим проявлениям при РА, в том числе, синдрома Шегрена, методам диагностики, принципам лечения.

## **Результаты исследования и их обсуждение**

Пациентка Г., 52 г, учитель, обратилась в офтальмологическое отделение МБУ ЦГБ №2 им. А.А. Миславского по поводу чувства инородного тела в обоих глазах, ощущение "песка" в глазах, сухости, светобоязнь. Данные симптомы появились около двух месяцев назад, нарастали. Появление указанных жалоб связывала с постоянной работой за компьютером (по 6-10 ч в день). При первичном осмотре обращало внимание указание в анамнезе на наличие РА с 2002 г, поэтому была осмотрена терапевтом отделения. Предъявляла жалобы на утреннюю скованность до 30 минут, деформацию и боли воспалительного характера в проксимальных суставах кистей, стоп, ограничение движение в кистях, наличие множественных ревматоидных узелков на кистях, слабость,

недомогание. Из анамнеза известно, что в 2002 г. после родов появились периодические артралгии, слабость во всех группах мелких суставов. За медицинской помощью впервые обратилась лишь в 2006 г, когда на фоне хронического стресса появились постоянные боли воспалительного характера в проксимальных суставах кистей и стоп, коленных суставах, утренняя скованность продолжительностью до 30 минут, ревматоидные узелки (РУ) около локтевых суставов обеих рук, на пястно-фаланговых, межфаланговых суставах кистей. Была госпитализирована в ревматологическое отделение, где после обследования был установлен диагноз: Ревматоидный полиартрит с системными проявлениями (ревматоидные узелки), серопозитивный, АП, ФН I. При обследовании - СРБ 6 мг/л, СОЭ 35 мм/ч, латекс-тест 170 мг/мл, фибриноген 4,7 г/л. От терапии метотрексатом отказалась, принимала НПВП при болях с положительным эффектом. В 2009 г. рецидив заболевания: увеличение количества и размеров РУ, деформации кистей рук и стоп. По поводу развернутой стадии РА с системными проявлениями (ревматоидные узелки), АП, РП, ФН 2 ст. получала терапию метотрексатом 15 мг/нед 2 недели. С 2009 по 2014 г. принимала метотрексат 12,5 мг мг/неделю, фолиевую кислоту 5 мг/нед, НПВП по требованию. 27.10.2014 г. : СРБ 42 мг/л, латекс-тест 88 мг/мл, фибриноген 3,3 г/л. Пациентка отмечает уменьшение болевого суставного синдрома, хорошее самочувствие, с октября 2014 года принимает самостоятельное решение отменить прием метотрексата, лечиться БАДами. В 2015 г. с наступлением менопаузы утренняя скованность продолжается более 30 минут, постоянные ноющие боли в мелких суставах кистей, стопах, ульнарная девиация кистей, увеличение размеров и количества РУ. При объективном осмотре состояние удовлетворительное, кожа бледная, сухая. Подкожные узелки на разгибательной поверхности суставов (локтевых, межфаланговых кистей), плотно-эластичной консистенции, подвижные, безболезненные округло-выпуклой формы, размером до 1,5 - 2 см. Ульнарная девиация, атрофия мышц кистей (рис.1). Болезненность при пальпации проксимальных суставов кистей. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. ЧСС 76 в /мин, АД 130/80 мм.рт.ст.



Рис. 1. Фотография кистей больной Г. Рис.2 Проведение теста Ширмера.

В ОАК от 18.09.2019 гемоглобин 110 г/л; лейкоциты  $3,1 \times 10^{10}$ /л; СОЭ 28 мм/ч. В БАК: общий белок 80 г/л; гамма-глобулины 34,9%, СРБ 17,1 мг/л.

Осмотр глаза с помощью щелевой лампы выявил сухость поверхности глаза. Офтальмологом для оценки базальной слезопродукции проведена проба Ширмера с помощью офтальмологических диагностических полосок-Офтолик-тест (рис.2): при норме  $> 10$  мм за 5 минут у больной показатель 0 мм, что свидетельствует о наличии ССГ. Был установлен диагноз: Синдром "сухого глаза" на фоне РА, проведено лечение: Дексазон, Гентамицин, Диклофенак. С положительной динамикой была выписана из отделения с рекомендацией лечиться у ревматолога, местно применять слезозаменители. При обследовании в ноябре 2019 г. выявлены: антинуклеарный фактор (АНФ) – 1/1100, РФ 25,6 МЕ/мл, антитела к SS-A(Ro)  $> 200$  Ед/мл; IgG 28 г/л. По рентгенографии кистей/стоп признаки IV стадии РА- околоуставной остеопороз, сужение суставных щелей проксимальных суставов, множественные эрозии костей и суставных поверхностей, костные анкилозы. Ревматологом поставлен диагноз: РА, серопозитивный, поздняя стадия, с системными проявлениями (ревматоидные узелки, АХЗ легкой степени, вторичный синдром Шегрена), А II, R-ст. IV. Предложена терапия метотрексатом, от которой пациентка вновь отказалась.

В ноябре – декабре 2019 года возобновление глазных симптомов, блефароспазм, дважды проходила лечение в офтальмологическом отделении по поводу инфекционного кератоконъюнктивита, рецидивирующего течения (риск язвы роговицы) с применением ГКС, антибактериальной терапии. С 10.01. 2020 г. начала терапию метотрексатом 12,5 мг/ нед. Отмечала уменьшение болевого суставного синдрома, улучшение самочувствия. Однако, глазные симптомы сохранялись, несмотря на местное использование искусственной слезы. В феврале 2020 г. после перенесенного ОРВИ и временной отмены метотрексата на три недели, происходит усиление болей в симметричных лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей рук, коленных, голеностопных, плюснефаланговых суставах. По поводу третьего рецидива инфекционного кератита амбулаторное лечение у офтальмолога. В ОАК СОЭ 36 мм/час; СРБ 19,5/л. После консультации ревматолога 25.02.20 госпитализирована в ревматологическое отделение для решения вопроса об изменении схемы терапии РА в связи с высокой активностью РА ( $\text{DAS28} > 5,1$ ).

Синдром "сухого глаза" (ССГ) встречается до 10-45%, у лиц старше 50 лет- у 67% населения. Его причинами являются: кераторефракционные оперативные вмешательства; ношение контактных линз; офисный/компьютерный синдромы (работа с мониторами ПК); кондиционирование помещения/автомобиле, применение ряда медикаментов, уменьшающих выработку слезы( диуретики, трициклические антидепрессанты, бета-блокаторы, антигистаминные); использование средств косметики, возрастное уменьшение слезоотделение и т.п. В приведенном клиническом случае пациентка связывала появление глазных симптомов с длительной работой

за монитором компьютера. Длительного анамнез РА, отказ от терапии метотрексатом вызвал стойкий артрит, деформацию суставов, развитие системных проявлений в виде ревматоидных узелков, СШ. При болезни Шегрена (БШ) несмотря на длительное существование артралгий не характерны деформации суставов; на рентгенограммах не обнаруживаются признаки эрозивного поражения суставов; артрит полностью купируется на 2-3-й день после назначения небольших доз ГКС. Диагностика БШ основана на выявлении у больных одновременного поражения глаз и слюнных желёз, а также лабораторных признаков аутоиммунного заболевания (ревматоидный/антинуклеарный фактор, антитела к Ro/Лаядерным антигенам) [5].

Лечение пациентов с РА должно проводиться ревматологами с привлечение специалистов других медицинских специальностей, в данном случае, офтальмолога.

#### **Выводы:**

1. Данный клинический случай демонстрирует прогрессирующее течение РА с системными проявлениями (ревматоидные узелки, синдром Шегрена) при отказе от терапии.

2. Синдром Шегрена с преимущественной клиникой "сухого глаза" за 6 месяцев наблюдения протекал с рецидивами инфекционного кератоконъюнктивита с риском развития язвы роговицы.

3. Нарастание активности РА ( $\text{DAS28} > 5,1$ ), рецидивирующее течение кератоконъюнктивита потребовало от ревматолога и офтальмолога убедить пациентку в необходимости возобновления базисной терапии через 6 месяцев от появления клиники синдрома Шегрена.

3. Междисциплинарное взаимодействие врачей в первичном звене здравоохранения позволит добиться ремиссии РА с применением адекватной базисной терапии, улучшит качество жизни, но поможет сохранить зрение пациентке, предотвращая развитие осложнений кератоконъюнктивита.

#### **Список литературы:**

1. Бржеский, В.В. Новые возможности медикаментозной терапии больных с роговично-конъюнктивальным кератозом / В.В. Бржеский, И.В. Калинина, В.Ю. Попов // Русский медицинский журнал. Клиническая офтальмология. - 2016. - № 1. - С. 46.

2. Клинические рекомендации «Ревматоидный артрит» Ассоциация ревматологов России. Утверждено от 2018г.

3. Мазуров, В.И. Инновационные методы лечения системных аутоиммунных заболеваний / В.И. Мазуров, Е. А. Трофимов // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2015. - № 2. - С. 165-168.

4. Синяченко, О.В. Ревматоидный артрит и офтальмопатия / О.В. Синяченко, А.К. Павлюченко, Л.В. Лукашенко, Г.А. Гончар // Украинский ревматологический журнал. - 2012. - № 11. - С. 1-5.

5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Шегрена [Электронный ресурс] - М., 2013. -Режим доступа: <http://rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii>.

7 . Das S, Padhan P. An Overview of the Extraarticular Involvement in Rheumatoid Arthritis and its Management. J PharmacolPharmacother. 2017;8(3):81-6.

8.The British Society for Rheumatology Guideline for the Management of Adults With Primary Sjögren'sSyndrom, Rheumatology. 2017;56(10):1643-1647.

УДК 615.03

**Кадников Л.И., Бахтин В.М., Изможерова Н.В., Попов А.А.  
АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ  
ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ И  
СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии  
Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи  
Уральский государственный медицинский университет  
г. Екатеринбург, Российская федерация

**KadnikovL.I., BakhtinV.M., IzmozherovaN.V., PopovA.A.  
ANTICOAGULANT THERAPY FEATURES ANALYSIS IN ATRIAL  
FIBRILLATION OUTPATIENTS AND INPATIENTS**

Pharmacology and Clinical Pharmacology Chair  
Hospital Therapy and Emergency Medical Care Chair  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: kadn-leonid@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрены обоснованность, эффективность и безопасность антикоагулянтной терапии у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий в стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Екатеринбурга.

**Annotation.** The article considers atrial fibrillation anticoagulant therapy validity, effectiveness and safety in Yekaterinburg clinics' non-valve inpatients and outpatients.

**Ключевые слова:** фибрилляция предсердий, антикоагулянты, фармакотерапия, ишемический инсульт, кровотечения.

**Key words:** atrial fibrillation, anticoagulants, pharmacotherapy, ischemic stroke, bleeding.

**Введение**